

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SOCIOLOGIA POLÍTICA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

RACIONALIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO:

Um estudo sobre a Política Nacional de Humanização
(PNH) como proposta governamental e como prática
decisória

LUCAS MACIEL FERREIRA

Orientadora: ProfªDrª. Márcia Grisotti

Florianópolis, 2014

LUCAS MACIEL FERREIRA

RACIONALIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO:

Um estudo sobre a Política Nacional de Humanização (PNH)
como proposta governamental e como prática decisória

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Sociologia Política da Universidade Federal de Santa
Catarina – UFSC, como pré-requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Márcia Grisotti

Florianópolis, 2014

Para A.

“Nada é mais condicionado, digamos limitado, do que nosso sentimento do belo. Quem quiser pensar sobre ele separado do prazer do ser humano com o ser humano logo verá o chão ceder sob os pés. O “belo em si” é uma mera expressão, não é sequer um conceito. No belo, o ser humano se coloca como medida da perfeição; em casos seletos, adora nele a si mesmo. Uma espécie não pode senão dizer Sim a si mesma desse modo. Seu instinto mais profundo, o da autopreservação e auto-expansão, ainda se manifesta em tais sublimidades. O ser humano acredita que o mundo está repleto de beleza – ele esquece de si mesmo como causa dela. Somente ele adotou o mundo da beleza, oh, de uma beleza muito humana, demasiado humana... No fundo, o ser humano se espelha nas coisas, acha belo tudo o que lhe devolve a sua imagem: o juízo “belo” é sua vaidade de espécie... Pois o cético pode ouvir uma leve suspeita lhe sussurrar esta pergunta: o mundo realmente se tornou belo pelo fato de o ser humano tomá-lo por belo? Ele o humanizou: isso é tudo”.

Nietzsche

AGRADECIMENTOS

O resultado de um trabalho é social. A produção teórica não pertence aos agradecimentos – aqui é um lugar de memória, outra produção coletiva. O que começou há muitos anos trouxe consigo inúmeras histórias pessoais: gratidão é o que eu carrego e com ela divido minhas alegrias.

Em primeiro lugar, a Márcia Grisotti por sempre me acolher. Entrei em sua sala, no núcleo ECOS e no mundo acadêmico profundo graças a receptividade de uma jovem doutora – atenta na escuta e afetuosa na fala. Este trabalho se realiza em decorrência de uma orientação compromissada desde o primeiro e-mail, o primeiro livro emprestado, o primeiro (mas nem de longe o último!) puxão de orelha.

A minha banca de seleção para o PPGSP, professora Marisol, professores Jacques Mick e Raul Burgos que me agradeceram com confiança e incentivo e contribuíram prontamente no surgimento desse texto.

A minha família consanguínea, que sempre me apoiou e agora, em casas separadas, fazesse trabalho envolver compreensão e amizade. Meu sobrinho Rafael Locks Ferreira, nascido quando entrei no Programa de Pós-Graduação, cresce com a minha gratidão por todos os sorrisos inspiradores e as atentas leituras que fez comigo em sua biblioteca, o Espaço de Leitura Presidente Getúlio Vargas.

Aos meus amigos e colegas de graduação, Fabiana Gonçalves pelos ensinamentos, Júlio Goethe pela cerveja e pelo Cortázar, Murilo Anchieta por toda a assistência logística durante os últimos anos, Ana Carolina Cassiano por todas as lembranças (presenciais e postais) e observações. Carinho e amizade, paz e sinceridade.

Aos colegas que a pós-graduação me apresentou e aos amigos que a vida me mostrou. Vínicius Ramos Lanças, mestre em sociologia política e arguto jogador de civilization, Alessandro Cassoli, mestre em sociologia política e *alma boa*, Guilherme Caetano, pontual às 16h20, como sempre.

Aos membros do núcleo de Ecologia Humana e Saúde (ECOS), professor Fernando Ávila-Pires, grande pesquisador e amiúde pertinente em seus comentários, suas avaliações juntamente com o professor François Delaporte a este trabalho auxiliaram seu desenvolvimento em estágio embrionário; ao Cláudio, mestre em sociologia política, pelos conselhos sobre leite, primeiro contato com um trabalho sobre saúde - ainda na graduação - e exemplo de interdisciplinariedade; à Simone pelos seus estudos com os trabalhadores da saúde; à Ana Saccol pelas observações pertinentes que se acumularam em longos anos de trabalho em equipe.

Ao Departamento de Pós-Graduação em Sociologia Política, na pessoa do professor Ricardo Silva e do insubstituível serviço prestado por Fátima e Albertina, solícitas e eficientes em resolver os inúmeros problemas burocráticos que um pós-graduando carrega consigo.

Ao Instituto Brasil Plural, pelo apoio financeiro indispensável à pesquisa assim com a paciência e atenção de Sulane Almeida, secretária do IBP.

Ao CNPQ, responsável pelo principal apoio financeiro durante os longos meses de pesquisa. A realização deste trabalho só foi possível graças ao rigoroso auxílio prestado ao longo desses últimos anos.

Aos membros do Comitê Catarina pelas portas abertas e conversas francas – o contato com Ledronete Silvestre, Ingrid Clasen, Esther Baibich, M^a Claudia Matias, Patrícia

Silva, Mirene Finkler, prof^a Luzilena e prof^a Marta Verdi que me propiciaram espaço de fala e escuta; principalmente a Carlos Garcia Jr., cujo auxílio teórico e reflexivo ainda ressoa em minha cabeça.

RESUMO

Este trabalho investigou as percepções de alguns gestores ligados à Política Nacional de Humanização (PNH). Percebeu-se as estratégias de ampliação da Rede de Humanização na Saúde. Dois eventos são focados – o primeiro caso trata da formação da Rede Humaniza/SUS no Estado de São Paulo; o segundo caso analisa as ações da Rede Humaniza na cidade de Santa Maria a partir do final de janeiro de 2013. Como método, foram realizadas duas entrevistas de atores-chave dos respectivos processos. A análise de suas falas conduz à formulação de um *habitus* profissional e acadêmico mobilizando desde estratégias de gestão administrativa à considerações de cunho filosófico; ambas direcionadas à criação de novos espaços institucionais.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização; Instituições de saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work investigates the perception of some managers linked to the National Humanization Politics. It was noted strategies to hence the scope of the Humanization network in health. It was focused two events – the first is about the formation of the RedeHumaniza/SUS in the State of São Paulo/SP, the second analyses its work in the city of Santa Maria mainly in the end of January, 2012. As method applied, two interviews were done with the event's key-actors. Analysing their speech lead to the formulation of a professional and academic *habitus*, managing administration strategies until philosophical considerations, both addressed to the creation of new institutional places.

Key-words: National Humanization Politics; Health institutions; Health Unique System.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CAPÍTULO 2 – A IDEOLOGIA DO MUNDO DESENCANTADO	18
2.1	A RACIONALIZAÇÃO NA MODERNIDADE	18
2.1.1	Racionalização como ideologia.....	20
2.1.2	Racionalização como dispositivo.....	22
2.1.3	A presença do mito.....	24
3	ESPAÇO MÉDICO E PRODUÇÃO DE SAÚDE SOB O PONTO DE VISTA SOCIOLÓGICO	26
3.1	O SISTEMA MÉDICO DE TALCOTT PARSONS	26
3.2	O MANICÔMIO SOCIOLÓGICO DE ERVING GOFFMAN.....	31
3.3	PROCESSO DESUMANIZADOR: COMPONENTES E DINÂMICA	34
3.3.1	Iatrogenia.....	35
3.4	À ESPERA DE UMA CURA	40
3.5	DO DITO AO EDITO	44
4	PERCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES: HUMANIZAÇÃO VIVIDA E PENSADA	50
4.1	CAMINHOS METODOLÓGICOS	50
4.2	A HUMANIZAÇÃO COMO EXPERIÊNCIA VIVIDA: VOZ E EMPODERAMENTO	54
4.3	E SE FOSSE SUA MÃE?	60

4.4	BUROCRACIA CARISMÁTICA: PAPÉIS HUMANIZADOS	62
4.5	UM PRESENTE QUE CAI DO CÉU?	64
4.6	HUMANIZAÇÃO COMO PROFISSÃO	66
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é analisar as ações e estratégias dos gestores ligados à Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Seus objetivos manifestos dirigem-se à potencialização do acesso (acessibilidade) ao serviço público de saúde. O SUS amplia seus atendimentos a cada ano; qualitativamente, a ampliação se dá por programas e políticas específicas. Desta forma, a justificativa da política e de seu estudo ligam-se a outros setores do próprio complexo sistema único de saúde nacional e sua relação com a sociedade que o goza como direito.

Esta política começou como um Programa desenhado por um núcleo técnico no ano de 2000 e coincidindo com o XI Congresso Nacional de Saúde, cujo tema seria a Humanização dos serviços em Saúde. O termo Humanização do atendimento dizia respeito ao aumento da qualidade nos serviços ofertados nos hospitais pertencentes ao SUS.

O Manual Técnico do Programa de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) foi o resultado de um projeto para a formação dos Grupos de Trabalho em Humanização (GTH), pilar do seria, a partir de 2002, a Política Nacional de Humanização.

A transição de um programa para uma política resulta que o caráter técnico permanece, mas não ocupa o papel de legislador do planejamento. O foco do PNHAH era o de melhoria do atendimento; a PNH busca a democratização das relações de poder dentro da instituição. Essa mudança resultou em uma expansão do termo humanização; o interesse de gestores, trabalhadores da saúde, voluntários, pacientes e acadêmicos pela temática aumentou nos consideravelmente nos últimos 10 (dez) anos (FERREIRA, 2010).

O problema que despertou essa pesquisa iniciou com meu trabalho de conclusão de curso. Nele, analisei os conceitos de racionalização e humanização no contexto de um Hospital Universitário. Por um lado, racionalização estabelece uma identidade pela coerência lógica, ao passo que humanização seria a busca por coerência ética.

Os conceitos de modernidade e de pós-modernidade serão tratados nesse trabalho como contexto e complemento às discussões. Por um lado, o conceito de “racionalização” remonta a uma das épocas liminares da sociologia; por outro, “humanização” está presente em um momento crucial para mudanças paradigmáticas que abalaram certezas da época em que Max Weber escrevia seus trabalhos. Ademais, este não é um estudo de sociologia compreensiva, posto que as tipologias puras façam parte de análises pontuais.

No capítulo 1, apresento o problema que desperta o nascimento do trabalho sociológico. No ano de 2007 a internação de minha mãe nos meses que antecederam sua morte levou-me a estudar o ambiente hospitalar. A vida e o fim dela – longe de casa, mas perto dos seus – são velhas questões que ainda motivam muitos a viver e escrever.

O contexto da problemática aqui toma um caráter lógico, mas não-linear – uma vez se tratar de diversas ações e concepções difusas ao longo do tempo e do espaço, reunindo-se, aos poucos em torno de eixos político-metodológicos comuns. Com isso quero dizer que a história da humanização é a história de vários atores e movimentos que em certo momento tomam importância por sua posição *relativamente* autônoma.

Como já referido, a escolha por estes conceitos advém de meu trabalho de conclusão de curso/TCC (FERREIRA, 2010), no qual realizei pesquisa de campo no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). O problema identificado no TCC foi um questionamento resultante de uma angústia partilhada por diversas pessoas que convivem e conviveram em

hospitais e não atentavam para ideias como desigualdade de gênero, de raça e de classe. Era uma pergunta que não apreciava a complexidade dos processos de saúde-doença envolvendo a construção da doença em detrimento da concepção de ser humano adoecido e por isso se repetia em minha cabeça: *mas é sempre assim?*

Em minha busca por respostas, percorri corredores, departamentos, salas de aula e enfermarias. Procurei analisar o cotidiano de atendimento em saúde pela ótica dos conceitos de racionalização e humanização – compreender como as normativas eram formuladas e operacionalizadas no contexto hospitalar por um lado e por outro estar atento às falas e à formação de redes baseadas na reciprocidade entre profissionais e pacientes – as quais eu considerei como "*humanização intuitiva*" e a contrapus com a formulação de uma "*humanização racional*".

Com o avanço da pesquisa percebi que a humanização antes de tudo é *política*. Deparei-me com uma situação não apreciada pela PNH: os contratos de permanência da maioria dos trabalhadores com a instituição eram de caráter temporário – já se encontrava em andamento a precarização do serviço público (SILVEIRA, 2008). As equipes com as quais trabalhei há dois anos já não existem mais. Assim, tanto a humanização quanto a racionalização estavam circunscritas a questões mais profundas. Mostrou-se necessário compreender os processos em suas formulações e tomadas de decisão.

A procura por gestores em humanização reflete a preocupação em compreender não só a gênese, mas também a atual dinâmica da política. Não significa que desprezei os impasses resultantes de meu trabalho anterior. O que ocorreu é que precisava entender como aqueles entraves locais relacionavam-se com a questão mais ampla de uma política nacional na saúde que na época estava em vias de consolidação.

Os antecedentes epistemológicos da política elucidam seus elementos concretos, no sentido de que a

humanização do cuidado encaixa-se numa ação normativa ao mesmo tempo em questão facultadas e fomentadas a valorização de experiências de sujeitos/protagonistas.

A categoria “sujeito” é similar à categoria “indivíduo”. Ambos os termos tem sido objeto de crítica, *narrados* como desaparecidos ou em vias de desaparecer. No entanto, na trajetória do conceito de humanização, ampliou-se a categoria sujeito muito mais do que restringir ou descartá-la: os doentes mentais, os idosos, as mulheres e as crianças tomam outras dimensões em um novo cenário no qual o cuidado em saúde é uma tecnologia social e ao mesmo tempo uma experiência humana - reconhecida em dimensões inassimiláveis.

Por sua vez, o protagonismo do sujeito da entrevista se insere no próprio campo de pesquisa: o assunto não é unânime em todos os lugares. Apesar de ter-se consolidado como uma Política de Estado, diversas personalidades estão na “linha de frente” de ações humanizadoras no SUS – a história da política também remete a enfrentamentos e convencimentos. Seus motivos e estratégias concernem à pesquisa.

O ponto de partida à discussão parte de compreender o contexto epistemológico no qual se assentam os conceitos de racionalização e de humanização, ou seja, sobre uma *epistémê* do desencantamento e do reencantamento do mundo.

Com base na discussão dos conceitos de racionalização e humanização no contexto das abordagens sobre modernidade e pós-modernidade, esta pesquisa pretende investigar como ocorre a formação de estratégias para gestão humanizada em dois contextos distintos; além de investigar a processo de legitimação da Política e as consequências institucionais e sociais das mesmas. Do amplo espectro de experiências, nas quais a PNHAH poderiam ser analisadas, escolhi centrar o foco de análise em dois eventos.

O primeiro evento apreende a montagem da Rede Humaniza/SUS no Estado de São Paulo, a partir da experiência de uma coordenadora institucional do Hospital das Clínicas. O segundo evento relata a experiência de trabalho com a gestão de voluntários (em especial, psicólogos) imediatamente após o incêndio de uma casa noturna no município gaúcho de Santa Maria/RS. Ambos os profissionais entrevistados trabalham a temática de humanização como parte cotidiana de suas atividades.

As perguntas do trabalho acrescentam elementos compositores de nossa análise: 1) o dimensionamento dos desafios a que se propõe a PNH a enfrentar; 2) a dinâmica da política; os detalhes de práticas institucionalizadas e *ad hoc*; e 3) as possíveis direções que a PNH aparenta tomar.

Esta dissertação está dividida em 3 capítulos principais e uma conclusão:

No capítulo 1, analisamos a dimensão epistemológica da problemática. A sociedade moderna adotou um tipo específico reflexividade, questiona-se sobre sua dinâmica quando um novo tema incrementa seu rol de saberes técnicos. Através da ideia de dispositivo, diferenciamos a questão entre saber tecnocrático e a dimensão mítica da técnica; elementos essenciais para a compreensão da PNH.

No capítulo 2, o espaço médico e a produção de saúde são analisados sob uma perspectiva sociológica, apontando a historicidade de temas e metodologias, introduzindo assim o debate sobre a PNH como uma política transversal de saúde.

O capítulo 3 apresenta uma caracterização do percurso metodológico juntamente com a análise das categorias que emergiram dos discursos dos sujeitos entrevistados. A reflexão sobre o método de entrevistas é de caráter qualitativo. Nela, as biografias e os eventos correlatos desencadeiam uma terceira instância, a percepção. Essas percepções são os dados analisados e compõe a

reflexão final desse trabalho remetendo a uma sociologia das profissões de saúde.

2 CAPÍTULO 2—A IDEOLOGIA DO MUNDO DESENCANTADO

2.1 A RACIONALIZAÇÃO NA MODERNIDADE

Se deus morreu, tudo é permitido.

Fyodor Dostoiévski

A literatura serve como ponto de encontro àqueles que buscam pistas. Weber usa a caneta de Schiller para assinalar a transição das concepções cosmológicas, teológico-religiosas para uma visão mais “científica”, cartesiana do mundo. Assim, a magia parou de tocar as coisas.

A reverência à Antiguidade, o respeito à autoridade de homens tidos como grandes mestres de filosofia e o geral conformismo para com o atual estágio do saber e das coisas descobertas também muito retardaram os homens na senda do progresso das ciências, mantendo-os como que encantados (BACON, 1979. p. 15)

Esse processo identifica-se com o desencantamento não só do mundo, mas também dos homens. Acompanhada dessa reflexão, temos o desenvolvimento de um primado na filosofia: o do indivíduo como base racional das asserções:

Finalmente, considerando que os mesmos pensamentos que temos quando acordados também nos podem acudir quando dormimos, sem que nenhum seja verdadeiro, resolvi considerar, fingir, que todas as coisas que haviam penetrado no meu

espírito não eram mais verdadeiras que as ilusões dos meus sonhos. Mas logo após percebi que, quando pensava que tudo era falso, necessário se tornava que eu – eu que pensava – era alguma coisa, e notando que esta verdade – penso, logo existo – era tão firme e tão certa que todas as extravagantes suposições dos cétricos não eram capazes de abalar, julguei que podia aceitá-la, sem escrúpulo, como primeiro princípio da filosofia que procurava (DESCARTES, 2011. P. 50).

O *Cogito* cartesiano além de se tornar um dos postulados mais célebres da filosofia moderna, também operou o corte epistemológico entre corpo e mente e, em termos mais sociológicos, entre indivíduo e sociedade¹. Além disso, um sentido mais profundo dessa transformação é questionado por Max Weber, pois:

surge daí uma pergunta nova: esse processo de desencantamento,

¹ Propriamente, Tönnies falará da divisão entre comunidade (*Geimenschaft*) e sociedade (*Gesellschaft*) como a divisão corrente na modernidade. De um núcleo moral comum, a divisão do trabalho operaria seu crescimento a um ponto de anonimato. Sai a tradição e entra a lei, ou em termos durkheiminianos, vai-se da solidariedade mecânica à orgânica. O conceito de indivíduo, ainda que relevado de diferentes maneiras pelos sociólogos (seja quase impotente em Durkheim, conceito fundamental para Weber e processo ideológico em Marx), nunca escapou de seus focos de análise social.

realizado ao longo dos milênios da civilização ocidental e, em termos mais gerais, esse “progresso” do qual participa a ciência, como elemento e motor, tem significação que ultrapasse essa pura prática e essa pura técnica? (Weber, 2013, p.31).

A racionalização trazida pela modernidade é o elemento ideológico do mundo desencantado. Não mais salvação ou utopias, a ciência não é o berço da felicidade terrena; ela não é capaz de dar respostas aos problemas morais dos homens e sua busca por verdade, uma grande sede frente a um mar salgado.

Modernidade está entendida aqui como um evento cultural e sociológico. Não se trata de uma data específica, mas um processo que se desenrolou a partir de uma série de eventos e circunstâncias especiais. Anthony Giddens estuda as *consequências da modernidade* (1991) quando afirma sobre a previsibilidade de ações e a coordenação dessas ações em diferentes partes do mundo. O deslocamento espaço-temporal decompõe a visão de uma história lógico-linear – nem mesmo o fluxo temporal seria visto dessa forma; assim, os argumentos espalhados pelo tempo são reatualizados e novos sentidos criados mosaicamente.

2.1.1 Racionalização como ideologia

Por outro lado, a modernidade como um fenômeno epistemológico também operou um processo de reflexividade. Ou seja, diferente de uma sociedade tradicional, a sociedade moderna não está calcada em nenhuma certeza imemorial ou, aparentemente, não apela a nenhum mito para se justificar. Um ponto de inflexão será necessário mais adiante. Afirmamos apenas aqui que a reflexividade do mito não difere substancialmente do “mito

do reflexo” exposto por Nietzsche na epígrafe desse trabalho.

Giddens (1991) equipara as ações da modernidade e de todas as outras épocas sob o signo comum da *monitoração do comportamento e seus contextos* como base, o diferencial da modernidade seria de que seus contextos são continuamente alterados. Assim, a modernidade não possui um valor axial sobre o qual está calcada. Seus “valores” são concepções mais jurídicas do que morais: O dever-ser da modernidade está contida, de um lado para dentro, pois questionaria suas próprias bases (epistemológicas) e por outro, para fora, ao alterar constantemente seus contextos cotidianos.

O significado de tecnologia trazido à lume por Álvaro Vieira Pinto (2005) dialoga com este duplo aspecto das mudanças sociais. Uma sociedade tecnológica ilude-se toda vez que se guia por uma tecnocracia. A “racionalização” é a *ideologia tecnocrata sobre a técnica* enquanto alhea-se de aspecto interdependentes².

²Cf. PINTO, Álvaro Vieira. O conceito de tecnologia. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005. pp 377- passim. O item “a racionalização como ideologia da tecnologia” remete a “notas externas, de ordem prática, política, no entanto de capital relevância para a sociologia dos processos produtivos”. Entre estas notas está um conceito de racionalização “(...) ingênuo, efetivamente desumano e perverso, além de errôneo (...)” no qual o que importa é o quociente *optimum* entre entrada e saída (matéria-prima e produto – demanda e oferta). A formação médica desse pensador e sua atuação como clínico contribuem em grande parte para que esta citação, mesmo que não seja especificamente sobre o campo da saúde, tenha força em seu argumento.

2.1.2 Racionalização como dispositivo

Na palestra realizada em Florianópolis sobre *o que é um dispositivo?*, o filósofo italiano Giorgio Agamben explica como racionalização e tecnologia entram no fluxo social através do conceito de dispositivo. Há os seres vivos e há os dispositivos – eles são criações humanas, maneiras de guiar e controlar a realidade doméstica (*oikonomia*), assim,

Não somente, portanto, as prisões, os manicômios, o panóptico, as escolas, as confissões, as fábricas, as disciplinas, as medidas jurídicas etc, cuja conexão com o poder é em um certo sentido evidente, mas também a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, a agricultura, o cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares e - porque não - a linguagem mesma, que é talvez o mais antigo dos dispositivos, em que há milhares e milhares de anos um primata - provavelmente sem dar-se conta das consequências que se seguiriam - teve a inconsciência de se deixar capturar.

O terceiro elemento desse quadro é o sujeito (o resultado da relação “corpo-a-corpo entre os vivos e os dispositivos”); disposto em um processo permanente de subjetivação – seja pelo celular ou pela vacina - consolidada pelo capitalismo por uma gigantesca acumulação e proliferação dos dispositivos. Em cada um deles está *“um desejo demasiadamente humano de felicidade, e a captura e a subjetivação desse desejo em uma esfera separada constitui a potência específica do dispositivo”*.

A base para a monitoração dos **comportamentos** está em contato com a ideia de tecnologia e dispositivo. Ao

lidarmos com dinâmicas sociais, possibilitamos sua compreensão ao vincular essas duas noções que o processo de racionalização trouxe ao fluxo social. Em um balanço geral, o controle humano exercido sobre si mesmo e sobre sua realidade assenta-se sobre dispositivo tecnológico, uma espécie ampla de humanização.

Contudo, o resultado dessa humanização, dessa produção tecno-dispositiva do “humano” no *homo sapiens* possui um fator importante, porém latente, não-superficial, algo que leva a ideia de humanização (ligada meramente a dispositivos tecnológicos) a se prender em um “cativeiro da razão” no qual

O autoconhecimento é excluído pelas defesas da percepção interna. O indivíduo não tem acesso a si mesmo, suas vivências passadas teriam que ser mobilizadas para a interpretação de suas necessidades presentes, sucumbiram à amnésia. Os impulsos atuais não podem ser levados em conta no processo interativo, sob a forma de exigências e reivindicações, porque as representações que lhes servem de suporte foram recalçadas. As fantasias que poderiam estimular propostas transformadoras se tornaram inacessíveis. A racionalização impede que a estrutura motivacional se torne transparente: estabelecendo falsas conexões, o indivíduo é incapaz de estabelecer um nexos correto entre as ações propostas e os motivos que verdadeiramente lhes correspondem, mentindo para si mesmo e para os demais

No plano psicanalítico, por exemplo, o mundo que nos cerca é um mundo que nos prende e nos ilude – nosso processo de humanização, de embelezamento do mundo, faz da fachada criada uma verdade objetiva e da memória social, um pesadelo coletivo. Em outras palavras, a repressão dita necessária para dar contornos civilizacionais aos agrupamentos humanos sustenta-se sob a mentira e a ilusão – não sobre o esclarecimento e a emancipação.

A “*inconsciência do primata capturado pela linguagem*” expresso por Agamben é este cativo no qual os *socii*, imiscuídos, ainda atuam. Não houve processo algum de superação de uma consciência contingente para uma apreensão do “fim da história”, de superação de fantasias – a presença do ser no mundo articula-se, ainda, em um espaço mitológico.

2.1.3 A presença do mito

O mito basicamente moderno é acreditar ter abolido o pensamento mitológico. Um pensamento que não escapa à sua própria natureza mitológica: o Ocidente apresenta-se como uma história única e totalizante – por mais que seja diversa e plural, *pensa-se singular e ao mesmo tempo ignora a condição de singularidade*. O filósofo polonês Lesle Kolakowski analisa como o advento do pensamento científico na dimensão existencial alterou relações ontológicas entre saber e viver

(...) Assim, as regras [impostas pela ciência] impedem-me de reconhecer minha vivência experimentada *hic et nunc* da outra pessoa em seu sofrimento, em seu amor ou em sua angústia, e toda evidência e certeza com as quais me apareça carecem de valor e são excessivas. Não posso experimentar o mundo como

crescimento ou escassez de valores. Nesta proibição, a experiência, como elemento não construído, deve ser a instância legisladora dada absolutamente como a corrente de um rio. Não obstante, essa é na realidade, uma instância organizada secundariamente, segundo o projeto do conhecimento científico como órgão da vida. Mas se exige de outros órgãos, tem direito a eles, e se esses órgãos não necessitam de tais medidas, ou nem sequer podem suportá-las, também estão em seu direito. Portanto, têm direito a legalizar essa experiência que é ilegal, ou seja, uma experiência que do ponto de vista da constituição da ciência não é experiência. Têm o direito de tomar conhecimento da experiência de um místico. Têm o direito de preocupar-se por todo o campo de inquietudes gerado pela pergunta sobre o ser o nada. Repetimos a observação já feita: quando a experiência purificada entra em choque com o mito, levanta-se um valor contra outro valor, mas não a razão contra a superstição.

O debate situa-se em um ponto nevrálgico: não se trata de colocar o pensamento científico alheio à vida, pois é parte dela. Imperioso se faz situar a razão do mito contra a mitologização da razão. As vivências e experiências apagadas, silenciadas, “teoricamente irrelevantes” para um campo de saber são reivindicações legítimas no seu exercício existencial – elas estão presentes nesse mundo e forçam constantemente seu reconhecimento no compromisso de sua própria existência. Superstição não é apenas afirmar o que não existe, mas negar aquilo que é.

3 ESPAÇO MÉDICO E PRODUÇÃO DE SAÚDE SOB O PONTO DE VISTA SOCIOLÓGICO

3.1 O SISTEMA MÉDICO DE TALCOTT PARSONS

Quando a sociologia começou a investigar a medicina, Talcott Parsons enquadra o que chama de sistema médico dentro de seu conceito de sistema social. A medicina desempenharia uma importante função dentro da complexa estrutura da ação social. Simbolismo, desvio e controle social são as questões envolvidas na prática médica. O doente é visto como um risco à sociedade e um objeto de intervenção. Kevin White (2007) reconhece que Parsons problematiza a noção de doença para além dos aspectos biológicos e coloca a função social da medicina além do tratamento de enfermidades.

Nas sociedades ocidentais modernas há um modelo médico racional e previamente instalado e uma tradição cultural que se misturam na dinâmica dos serviços de saúde³. Nesse contexto, uma clara dissimetria de poder entre cuidador e paciente se mostra ao teórico.

Mais adiante no texto o isolamento social enfrentado por uma pessoa hospitalizada é descrita da seguinte maneira:

Foi notado acima que a pessoa doente
está peculiarmente vulnerável à
exploração e ao mesmo tempo

³Margaret Stacy (1988) apresenta uma visão mais abrangente sobre a divisão do trabalho social em saúde. A autora leva em consideração os trabalhadores não remunerados da saúde, em especial, mulheres, viúvas e filhas. Sua discussão também se estende ao caso da hospitalização infantil.

peculiarmente incapacitada em chegar a uma apreciação racionalmente objetiva de sua situação. (PARSONS, 1965. p. 463.).

Na visão de Parsons, é negado ao indivíduo, quando entra em contato com o sistema médico, o acesso à informação como se fosse algo naturalizado. Contudo, este conceito de subjetividade do paciente parte do ponto de vista do médico, ou seja, da autoridade médica, que ele chama de “funcionalidade do sistema social”. De acordo com Griselda Lopez (2008), Alfred Shultz (*apud* Griselda Lopez, 2008) critica essa *objetivação da subjetividade* como uma ilusão metodológica que afasta as ciências sociais do mundo da vida. Esse afastamento acarreta por sua vez a substituição da realidade por uma experiência mental do cientista. Parsons nunca realizou trabalho de campo e a sociologia estadunidense estava em vias de revisar sua base metodológica. Fruto do lema que um trabalho essencialmente teórico carrega em si - *ler todos e escutar nenhum* – o mais notório dos tradutores de Max Weber foi categoricamente anti-weberiano: aponta o paciente como alguém sem voz, mas não concebe em sua teoria a chance para *ele* falar⁴. A descaracterização das pessoas não é fruto do *tipo ideal* como ferramenta de análise, mas de uma decisão *política*⁵.

⁴ Baert (*apud* Scamber, 2002) diz que a ausência de conflitos e dissensos políticos na teoria parsoniana é resultado da falha do autor em considerar sequer a existência dos mesmos.

⁵ Nas palavras de um ensaísta inglês, “sendo escravos da autoridade, tornamo-nos vítimas do paradoxo”. Tradução de: *From being the slaves of authority we become the dupes of paradox*. (Hezlitt, William. The collected works of William Hezlitt. p.133). Chamoamos a situação de *Paradoxo de Hezlitt*. Toda vez que o poder se traveste de saber a tal ponto que condena a lógica a uma

O que o sociólogo estadunidense considera como uma desvantagem é na verdade todo um processo de (des)identificação. José Pedro Gonçalves, médico de profissão e mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina, explica a situação em sua dissertação sobre a morte em uma Unidade de Terapia Intensiva da seguinte maneira:

A relação médico–paciente, mediada pelo equipamento / instrumento, afasta o olhar médico do sujeito que adoece. Esse olhar é, agora, centrado na especificidade da doença no corpo, não mais no encontro entre o cuidador e o sujeito do cuidado, não mais uma relação social, mas o ato de se analisar um “objeto”, no caso, o doente, visto como algo desprovido de relações, contrariando a idéia de sociedade (GONÇALVES, 2007, p 26).

A crítica se dirige a explorar esse paradoxo Ao medicalizar a vida, a medicina tomou para si prerrogativas inéditas: saem a parteira e o capelão, entram o registro de nascimento e o atestado de óbito. A vida e a morte, além de objetos da ciência, tornam-se competência de um “ato médico”, de uma refutação de outros saberes (inclusive os da pessoa/objeto de intervenção), resultando que

centrar o olhar médico no limite do corpo significa a negação do ser

cratologia – diz-se que a verdade está onde o poder reside. Na ironia do paraguaio Augusto Roa Bastos (1977): “Sobra-lhe razão, Excelência. Frente ao que Vossa Excelência diz, até a verdade parece mentira”.

humano e sua complexidade, além de destituí-lo da condição de sujeito, tornando-o apenas um objeto de investigação médica, sem alma, sem cultura, sem experiência, enfim, sem nada. Até sem poder escolher onde morrer. A morte foi assumida como um fenômeno puramente biológico, não mais um fenômeno social com todas as implicações disso decorrentes, e apropriada pelos médicos com um "ato médico". Assim, o morrer foi naturalizado como um momento da alçada da medicina(ID., ibid, p.30).

O saber e a prática aqui apontados priorizam características inseridas em um processo que *expropria subjetividades*. O raio de ação se estende inclusive para os mais próximos. Quando Parsons escreve que “os médicos enterram seus erros”, ilustra-se o argumento:

Esta é a morte na UTI, como se [fosse] um desligamento silencioso da vida, uma saída “à francesa”, sem mais delongas, sem despedidas. Não é como a morte domesticada de Ariès, mas uma morte esquecida por todos, ali no canto, no isolamento do seu espaço/leito. O moribundo é olhado no panóptico da UTI, mas não é visto nem percebido por esses olhares da equipe de saúde. Os que deveriam olhá-lo, os que estão lá fora, para além do espaço da UTI, seus familiares, seus parentes e seus amigos, só saberão de sua

morte após o evento ter-se
concluído (IDEM).

Quando meu pai sofreu um AVC hemorrágico, era novembro de 2002, permaneceu internado na UTI da cidade vizinha - a mesma na qual eu estudava. Às dez da manhã eu era liberado da aula para ir ao hospital a poucas quadras dali. Durante sete dias não pude ver meu pai a não ser uma vez, junto com minha mãe. Um dia depois, ligaram de madrugada avisando. Em silêncio, ela percorreu 40km para “assinar papéis”. Nessa madrugada sonhei com meu pai, ele passava pelo corredor de nossa casa em direção ao quarto de dormir. “deixaram você sair?” perguntei. “Sim, disseram que eu já podia ir”.

A expropriação subjetiva configura o choque entre o mundo do doente, próximo, familiar e o outro mundo, dos atestados, prontuários, prescrições, altas e óbitos. Esse mundo faz parte de nossa primeira análise sobre o sistema médico, mas como foi mostrado, torna-se insuficiente por desconsiderar atores cabais para o processo de saúde e doença, como o próprio paciente, por exemplo.

A literatura sociológica em saúde mudará de abordagem com o incremento metodológico do trabalho de campo, incluindo a vida dos institucionalizados em suas pesquisas.

3.2 O MANICÔMIO SOCIOLÓGICO DE ERVING GOFFMAN

Uma década depois de *The Social System*, Erving Goffman (1987) pesquisou instituições asilares como prisões, manicômios e conventos. Seu método muito se assemelhou àquele iniciado pela antropologia de Bronislaw Malinowski: viver entre e com os nativos. Participar de suas atividades cotidianas e de seu modo de vida. No caso de Goffman, o período em uma enfermaria psiquiátrica de Baltimore ocorreu mediante acordo com a equipe de direção, na qual sua identidade era mantida guardada dos internos e de muitos funcionários: estava lá como um “assistente da direção”⁶. O posicionamento metodológico é sintomático: quando a observação é assentada na perspectiva do centro de poder, a dissimetria do modelo pesquisador x pesquisado (ocultação da própria identidade com fins a obter informações sobre a identidade de *pacientes involuntários*) revela que

nas disposições sociais de uma organização, se inclui uma concepção completa do participante – e não apenas uma concepção dele como e enquanto participante – mas, além disso, uma concepção dele como ser humano (GOFFMAN, 1987, p. 152-3).

A “humanização” do manicômio de Goffman pode ser lida como um processo de subjetivação involuntária dos

⁶Enquanto permaneceu na instituição, um interno abordou Goffman perguntando “você não é daqui, é?”. Ser confundido como um “espião do chefe” também era uma das rotinas de desconfiança pelas quais passei ao longo de minha pesquisa com a equipe.

internos às normas estranhas a seu contexto. A concepção funcionalista do método sociológico (na qual separa instituição de pessoa, sujeito de objeto) pensa a concepção de pessoa a partir da instituição e não o contrário. Assim, as *instituições totais* são lugares nos quais o contato do interno com o mundo exterior é vetado ou muito dificultado. O cotidiano de isolamento e seus rituais são a ponta do *iceberg*. Em outras palavras, o *modus operandi* em Parsons vira o *locus* em Goffman: não é simplesmente o fazer médico, mas as próprias instituições que despersonalizam as pessoas de suas características (auto) identificatórias, tolhendo-as em sua autonomia⁷ e, ao mesmo tempo, dando-lhes um novo conceito do “eu”. Em trabalhos posteriores, Goffman (1987, p.127) reconhece que a identidade pessoal sofre manipulações por parte do indivíduo; contudo, ao se referir à fabricação de personalidades de institucionalizados, dá-se maior peso ao ambiente institucional ao escrever que “aqui começamos a aprender até que ponto é limitada a concepção de si mesma que uma pessoa pode conservar quando o ambiente usual de apoio é subitamente retirado”.

As contradições geradas pelo convívio nas instituições atravessa seu espaço real e coloniza novos terrenos, como a própria técnica.

As pessoas da direção que estão em contato direto com os internos podem pensar que também elas estão diante de uma tarefa contraditória, pois

⁷Autonomia está relacionada com a capacidade coletiva de autodeterminação. O nome, a fala e a vontade são escutados e respeitados. Assim, trata-se de ser chamado pelo nome, ser escutado e desimpedido (*unchained*) de manifestar seu desejo. O filósofo Thomas Nagel (1978, p. vii) escreveu: “é preciso um sistema paralelo de razões objetivas para evitar dissociação motivacional entre os pontos de vista pessoais e impessoais”.

precisam impor obediência aos internados e, ao mesmo tempo, dar a impressão de que os padrões humanitários estão sendo mantidos e os objetivos racionais da instituição estão sendo realizados (Goffman, 1987, p.84)

A racionalidade descrita por Goffman não está na esteira de um esclarecimento e emancipação dos indivíduos. Ela está circunscrita ao aumento das forças produtivas e à legitimação da ciência e da técnica na modernidade como formas de controle social (cf. seção anterior). No caso específico das instituições de saúde, elas aparecem nessa época como criadoras de mundos paralelos – e de identidades paralelas, como se a concepção de ser humano que um manicômio proporciona aos seus internos fosse independente do mundo exterior. Nesse ponto, Goffman, apesar de mais intenso do que Parsons, tem o horizonte analítico estreitado na formulação de seu *manicômio típico-ideal*.

Assim, identificamos um *bias* por via empírica, no qual o *lócus* investigativo rege-se por regras exteriores ao pesquisador. Em outras palavras, as instituições de saúde são fontes de poder sobre os indivíduos e, por sua vez, estão organizadas em decorrência de um modo de pensar que exclui saberes de outras naturezas para o seu funcionamento. Frente aos institucionalizados, essa orquestração converte-se em um assunto mais central de nossa argumentação, fala-se agora de processo desumanizador.

3.3 PROCESSODESUMANIZADOR: COMPONENTES E DINÂMICA

A técnica carrega seu componente lógico, sua relação de causa e efeito, neste ínterim, estão excluídos fatores que em contextos diferentes orientam processos identificatórios. No caso da medicina, as seções passadas apresentam a lógica da despersonalização dos indivíduos em contato com o sistema médico. Em perspectiva mais ampla, desumaniza-se toda vez que se mostra indiferença às consequências não-previstas das ações. O termo *processo desumanizador* embasou a crítica a todo um conjunto de ideias e práticas terapêuticas e/ou burocráticas: isto significa que o contato de uma pessoa com o sistema de saúde, em especial, com suas instituições (hospitais, sanatórios, casas de saúde etc.) torna descontínuas as características relacionadas ao *status* de pessoa⁸.

A aceleração das forças produtivas por parte do capitalismo moderno gerou as bases para a emergência do parque industrial farmacêutico e de aparelhos clínicos / hospitalares. A atual investigação científica da medicina baseia-se principalmente nas áreas da fisiologia e da bioquímica para a composição de sua terapêutica, a experiência do adoecer não possui legitimidade epistemológica ou institucional.

Talvez o principal [problema] seja de
ordem epistemológica, pois a

⁸Goffman focou muito de sua sociologia em características como a visão que cada um atribuía a si e aos outros e também como as pessoas controlavam essas imagens. O status de pessoa também passa pelo controle efetivo das instituições – assim, aparência, gestos, modos e tudo o mais estariam ligados intimamente à vida institucional.

medicina científica sempre sonhou em eliminar a parte de incerteza que afeta suas observações e as hipóteses de diagnóstico. Por outro lado, este "objetivismo nosológico" parece estar produzindo a desumanização de sua prática. Há, também, os motivos econômicos que, por um lado, repercutem diretamente nas políticas públicas de saúde, reduzem o tempo de atendimento do paciente e, por outro, dinamizam de forma inegável a indústria farmacêutica, muitas vezes sem levar em conta as questões éticas suscitadas pelos ensaios clínicos, especialmente nos países em desenvolvimento (CECARRELI, 2008.).

A medicina baseada em evidências diz respeito a articulação deste complexo de instituições que vão do ensino à indústria, na qual a produção do saber médico é, por seu turno, questionável sob vários pontos de vista, inclusive por parte da própria comunidade médica. As críticas dirigem-se do campo epistemológico ao político, todas elas operando sob lógicas análogas e interdependentes. Mais especificamente, quando este processo se aplica ao ato médico em si, diz-se tratar de um processo iatrogênico.

3.3.1 Iatrogenia

Como conceito, o pensamento grego do séc. V a.C havia estabelecido uma relação particular de causa e efeito. Assim, estudavam-se todos os resultados da ação do *iatros* sobre o *anthropos*. No entanto, as diferenças entre a prática de Hipócrates e a medicina ocidental moderna diferem em muitos aspectos.

Tavares (2007) aponta os estudos de Júlio de Mello Filho como responsável por trazer o termo *iatrogenia* para o contexto das discussões em psicossomática no final dos anos 1960. Naquela época, este psiquiatra atentava para a ampliação do escopo do clínico concernente às manifestações e origens de doenças e perturbações. Eram os escritos pioneiros nos quais a psicanálise e a medicina começavam a dialogar no meio acadêmico brasileiro. Além disso, seu escrito demonstrava como a técnica estava atrelada ao clínico na produção de enfermidades.

O desenvolvimento dos estudos médicos sobre iatrogenia, além de ressaltarem os pontos apresentados acima, enunciam outros aspectos extra-clínicos, para além das relações médico-paciente. Além da já ressaltada redução do doente à doença pelo modelo biomédico, a ausência de disciplinas de Psicologia Médica nos currículos contribuí para uma formação que deixa de lado diversas relações cotidianas da prática médica. Desta forma, a formação médica e as condições de exercício da profissão são colocadas como questões importantes para a avaliação do quadro iatrogênico.

O tratamento mais radical dado ao tema da iatrogenia adveio de Ivan Illich (1975). O autor chama a atenção aos resultados contraprodutivos das técnicas de controle social por parte da organização médica moderna sobre indivíduos e comunidades. Mais especificamente, sua crítica ao modelo médico perpetrado no Ocidente Moderno diz respeito ao alheamento da medicina aos malefícios resultantes de sua própria intervenção no corpo social. É o que o autor chama de *iatrogênese clínica e social*⁹.

⁹Dele resultam muitos estudos acerca da “invasão médica” à sociedade. Uma posição muito parecida é defendida por Habermas (2001) em respeito à biogenética. Um poder racional sobre a vida, no caso da clonagem, traição, ainda assim, o princípio da autonomia

A iatrogênese clínica ajuda-nos a esclarecer alguns aspectos que não estavam em evidência. O primeiro diz respeito à noção de que efeitos da ação médica sobre o corpo social geram efeitos não-previstos e/ou indesejáveis sob um ponto de vista político, porém legitimados em consequência da posição social que a medicina ocupa. O processo de expropriação da saúde (a convergência entre um status de “verdade única” e prática médica) torna-se legítimo na medida em que deslegitima outros discursos, os impactos dessa posição são relatados por vasta literatura profissional e leiga.

A contraproductividade global da medicina é fenômeno evidente. A luta política nesse campo, para a liberdade de informação, para a liberdade do exercício dos cuidados de cada um e para a livre disposição de seu corpo, poderá desempenhar o papel de faísca, desencadeando um processo geral de liberação em outros domínios onde a expansão do sistema heteronômico alcançou igualmente níveis mórbidos. (Illich, 1975, p.164)

Com a especialização da medicina moderna, ocorre a separação entre diagnóstico e terapêutica. Essa separação resulta na criação de uma hierarquia na qual o tratamento fica em segundo plano de importância. Para Kenneth Rochel de Camargo Jr (2003), a razão pela qual isso

individual. No entender do sociólogo de Frankfurt, “No processo de auto-compreensão, o clone também encontra consigo mesmo como uma pessoa em particular; mas por trás da essência desses traços, atitudes e característica permanecem as intenções de um estranho” (Id., Ib., p.164).

acontece é a já citada ênfase do olhar clínico sobre a doença em detrimento do paciente.

A iatrogenia pode ser melhor esclarecida agora. Ao focar os elementos somáticos, desvalorando características subjetivas, o pensamento médico não considera os impactos que a terapêutica, planejada na etapa do diagnóstico, podem causar ao “lado inorgânico” do paciente. “Efetivamente o que observamos é que a preocupação com a ‘humanização’ da medicina não ultrapassa o rol das boas intenções” (IDEM).

No item 1.1, vimos como o papel do doente está circunscrito previamente¹⁰. Essa observação pode ser lida como a dissimetria de poder existente nas condições iniciais de atendimento. “*O que se observa é que, na verdade, o discurso médico acaba por ser uma forma bastante eficiente de manter o paciente alienado de sua própria situação*” (Idem, ibidem, p.90).

Desta forma, de Parsons a Kenneth de Camargo, percebemos nos trabalhos teóricos e empíricos a dissimetria de poder entre médico paciente e a impotência do mesmo frente a cada vez mais complexa lógica que o cerca. O próximo passo consiste em analisar possibilidades contextuais para a reversão desse quadro – proposta em grande parte adotada pela estratégia da humanização.

¹⁰Byron J.Good (1994), numa perspectiva antropológica, também vê a medicina como um sistema simbólico, aproximando-nesse ponto de Parsons. Além disso, dialogando agora com Goffman, verá as instituições de saúde governadas por um *strong set of moral norms* na qual esses locais funcionariam como um *site of moral drama*. A atenção é voltada para a compreensão dos processos que estão além do próprio fazer dos profissionais, ou seja, sua formação como profissionais. Muitas das categorias analíticas de Parsons emergiram do estudo das profissões, mas não sobre seu processo de formação.

3.4 À ESPERA DE UMA CURA

A temática “humanização” surgiu como um nome dado a diversas práticas e concepções que, no entanto, tinham como norte comum a preocupação sobre a autonomia dos sujeitos inseridos nas instituições de saúde ou em contato com seu sistema.

Em meu trabalho de conclusão de curso estudei uma Clínica Médica. Nela, a noção de *panóptico*, de um centro ordenador e controlador global, estava estabelecida nos prontuários. Eles eram a fonte burocrática de organização da vida cotidiana hospitalar. Neles implicavam *múltiplas racionalidades, mas uma só autoridade*. A medicina, a psicologia, a nutrição, o serviço social e a enfermagem compunham o histórico do paciente – o dia clínico chama-se *evolução*. A dissimetria prontuário/paciente mostrava-se como uma das primeiras questões levantadas sobre um atendimento humanizado – o controle sobre ele era centralizado, mas os cuidados fragmentados. A dinâmica dos procedimentos estava ligada mais à hierárquica do que à técnica. Isto quer dizer que muitas decisões tomadas no interior da instituição são de caráter político, negociáveis em seu princípio, mas inflexível em suas práticas.

Um atendimento que leve em conta a vontade do paciente está muito além da função clínica – remete a um espaço ainda não inscrito, mas que às vezes brota de forma *intuitiva*, fora de qualquer prontuário: demonstrações de afeto dos funcionários para com os familiares de um doente ou falecido, recursar-se a seguir o prontuário por ter detectado incorreções, atender pacientes que não foram inseridos na escala de trabalho ou conseguir o escasso material em outra unidade são atitudes que se podem configurar como humanizantes/humanizadas. Elas perseguem necessidades reais que estão aquém ou além do controle-prontuário, mas não estrito à norma ou contra ela.

Esse último ponto leva a inflexão sobre o binômio racionalização / humanização explorado inicialmente neste

trabalho e continuado aqui. “A espera de uma cura” estava escrito como uma tentativa de entender a dupla situação da instituição de saúde: há problemas de várias ordens, mas a humanização estava na esteira de identificar problemas comuns e criar soluções de natureza coletiva.

O modelo ocidental de medicina atingiu enormes avanços e sucessos. No entanto, em questões extra-biológicas, ou melhor, em questões que perpassam o corpo, mas não se detém nele, percebemos que o processo iatrogênico sustenta-se sobre uma *epistême* clínica articulada a uma estrutura de poder.

Dessa forma, uma ideologia alternativa às situações vivenciadas cotidianamente nas instituições de saúde, que garantisse o direito ao corpo, ao respeito à vontade, à não-violência etc. foram durante décadas sendo formuladas por mulheres e trabalhadoras da saúde, principalmente. A formulação dessas mulheres é própria de suas trajetórias com e nas instituições.

A experiência de pesquisa no Hospital Universitário trouxe à tona dinâmicas do cotidiano que ilustram situações de dissimetria de poder. Em muitos momentos, o fator de maior *stress* para os técnicos em enfermagem era a descontinuidade de suas ações devido à ausência de autonomia. Em um círculo vicioso, o que justificava o impedimento da ação era o mesmo argumento que os mantinham longe do saber – *eles sabem fazer, mas não sabem o que fazem* (FERREIRA, 2010). Rios (2009) afirma que é nesse contexto de alienação que o trabalho recebe uma conotação penal, alimentando “emoções e conflitos inconscientes, que tornam esses trabalhadores particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e adoecimento devido ao trabalho”(IDEM).

O papel central nessa dinâmica analisada estava com a enfermeira-chefe. Ela organiza as ações rotineiras da equipe e cuida da terapêutica planejada aos pacientes. Suas funções sempre acabavam por extrapolar as competências técnicas, requerendo habilidades interpessoais – também esta

personagem se via frustrada quando as diretivas atrasavam, os documentos e exames se extraviavam, a falta e a ausência de funcionários e de outros profissionais, como médicos, nutricionistas, assistentes sociais etc.

Da parte dos técnicos em enfermagem, na seguinte descrição identificamos alguns elementos novos:

Uma das técnicas em enfermagem com graduação em enfermagem revelou-me que trabalhava como enfermeira em outro lugar, mas que era difícil trabalhar como técnica nesta situação. Sentia que como técnica não estava desenvolvendo todo seu aprendizado enquanto enfermeira, no entanto, o salário base que recebia como técnica era maior do que seu rendimento bruto como enfermeira no outro local (FERREIRA,2010, p.23).

Como técnica em enfermagem, minha informante sentia-se incapaz de utilizar todos os seus conhecimentos, ao passo em que como enfermeira, ganhava menos por saber mais, ou como se diz, *o que se ganha não paga o que se perde*. As exigências técnicas acompanham a desvalorização desse mesmo conhecimento e geram um contexto paradoxal.

Concluímos percebendo um quadro de incoerências entre os objetivos declarados das instituições de saúde e a experiência de seus internos – pacientes e funcionários. No TCC, permanecia a visão de Goffman sobre as instituições. Desta forma, as ações *humanizadoras* só podem indicar concretamente para ações *humanizantes* quando atentam à produção dos sujeitos dentro do complexo de saúde.

3.5 DO DITO AO EDITO

Os documentos oficiais relevantes à temática são produto de quatro décadas de debates cujo envolvimento de múltiplas áreas tornou-se corriqueiro. O primeiro evento a levar em conta o termo “humanização” ocorreu no ano de 1972 na cidade norte-americana de São Francisco. O simpósio *Humanizing Health Care*, organizado pelos sociólogos Anselm Strauss e Jan Howard foi conduzido por pesquisadores de diversas áreas; nele debateram-se as causas e as consequências do tipo de atenção médica ofertada pelos profissionais, além das condições estruturais nas quais os cuidados em saúde são realizados. O conceito de humanização foi relacionado, então, com o reconhecimento e promoção do *status* de pessoa ao indivíduo que recorre aos sistemas médicos.

O começo da década de 1970 também marca o ingresso da República Popular Chinesa (instaurada em 1949) na Organização das Nações Unidas em decorrência do programa dos “médicos de pés descalços”¹¹. Essa experiência serviu para o balizamento de políticas públicas de saúde em especial nos países não-industrializados. Os sucessos obtidos demonstraram a eficiência de uma tecnologia social de

¹¹ Trata-se de uma revolucionária política de saúde ocorrida durante o período de Mao Zedong e do desenvolvimento da Revolução Cultural Chinesa. Focando educação e ações preventivas em saúde primária com vistas a suprir a falta de médicos em áreas rurais (maior parte da população chinesa era composta por camponeses), essa política teve como resultado o aumento de 30% no total da população chinesa entre as décadas de 1960 e 1970, mantendo uma taxa de fertilidade de 5 filhos por mulher. Em 1979, na casa do 1 (um) bilhão de habitantes, o programa dos médicos descalços é cancelado e o controle populacional é instaurado com a política do “filho único”.

baixo-custo (refutando o mito de que a melhora da saúde estaria ligada ao dispêndio crescente em medicamentos e terapias) e a eficácia da participação popular nos processos de saúde-doença.

Em 1978 ocorria a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde na extinta URSS. A Declaração de Alma-Ata, resultado da conferência, estabelece em seu primeiro artigo a busca dos governos pela promoção de saúde para todos os povos como a mais importante meta social, “cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (Alma-Ata, 1978)

O documento prioriza a noção de saúde mais pautada por determinantes sociais (meio ambiente, agricultura, educação e habitação) do que de intervenções biomédicas (Lawn et ali, 2008). Colocada em perspectiva *social*, reavalia-se o peso da técnica, mantendo, contudo, a saúde circunscrita a um problema do mundo *institucional* (“setorial”). O processo de saúde e doença a cargo do gabinete e da planilha toma o indicador estatístico como principal argumento de gestão, em detrimento de outras possibilidades de atenção. Como apontam Lawn et ali (2008, p.920), 30 anos depois da publicação do documento, apenas a experiência chinesa teve êxito em escala nacional. A noção de saúde está atrelada a problemas endógenos e a mudanças sociais ao invés de intervenções “pontuais e universais”. Em uma análise mais minuciosa do documento, aponta-se a relação intrínseca entre saúde e desigualdades sociais como ponto analítico.

A Carta de Ottawa, produzida em 1986 ao final da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ressalta os principais pontos de Alma-Ata acrescentando valor na participação popular nos assuntos em saúde – desenhando assim uma linha que passa por educação em saúde e abertura de espaços democráticos nas instituições (reformulações nos currículos acadêmicos para atentar às necessidades globais do indivíduo).

A carta de Ottawa terá impacto na formulação do SUS em consequência de sua ênfase na relação produção de saúde e participação popular.

No plano nacional da década de 1980, a luta pelas eleições livres e por justiça social elevou-se a novo patamar. Desgastado, o Regime Militar entregava o poder aos civis após anos de protestos e lutas de diversos movimentos e setores da sociedade. No momento da constituinte, o bloco dos empresários (donos de hospitais e representantes da indústria farmacêutica) advogava uma constituição com incentivos às empresas privadas de saúde, ao passo que o bloco composto pelos movimentos sociais, como os sanitaristas, lutava pela adoção de um sistema de saúde mais em conformidade com as necessidades da população brasileira e as discussões resultantes dos documentos já expostos.

Em 1994, a OMS publica-se *a Declaration on promotion of patients' right in Europe*, documento no qual o reconhecimento a práticas *desumanizantes* e *humanizantes* são reconhecidas como balizadoras do cuidado em saúde, pois estariam ao mesmo tempo ligadas à experiência dos doentes e ao respeito aos direitos humanos pelas instituições e profissionais de saúde. Neste documento temos a primeira menção oficial ao nosso tema, assim como uma orientação de tópicos que seriam discutidos mais amplamente em contextos locais. Dessa experiência percebemos a ideia de humanização e de direitos individuais e sociais conectados. Dos diversos problemas apresentados, o documento identifica

Desenvolvimentos dentro dos sistemas de cuidados em saúde tais quais o aumento da complexidade, o fato da prática médica ter se tornado mais nociva e em muitos casos impessoal e desumanizante, geralmente envolvendo burocracia,

e não menos que os avanços alcançados na tecnologia médica e de saúde tem todos colocado nova ênfase na importância de reconhecer o direito individual à autodeterminação e frequentemente sobre a necessidade de reformular garantias de outros direitos dos pacientes(WHO, 1994).

O documento nos apresenta a noção de *desumanização* como a perda da autonomia individual face aos serviços usuais de saúde e aponta o envolvimento da burocracia a essa situação; provocando novas reflexões sobre a posição dos sujeitos e da própria prática médica. Fala-se então de reformulação das garantias legais dos pacientes.

O contexto europeu está valorizando a questão do paciente, apenas. No Brasil, o processo de crítica e melhorias do sistema vem da experiência não só dos usuários, mas também dos trabalhadores da saúde, expostos à realidade de nossas instituições. O final dos anos 1990 prepara o terreno para um novo tipo de pensamento sobre *qualidade* nos serviços. O início do trabalho oficial com o tema “humanização” parte no ano de 2000, com o

Ministro da Saúde, José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da

Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) aparece como um projeto piloto para uma situação bem localizada pelo órgão governamental: os hospitais públicos. O mosaico conceitual que forma o termo “humanização” ao longo do tempo começa a ser implementado no Brasil a partir de 2003 como uma Política de Estado, não mais vinculada a uma gestão partidária e sim a um novo arcabouço teórico.

A primeira mudança diz respeito ao nome e ao status do termo oficial de humanização. De um programa vinculado a um núcleo técnico, muda-se para uma política de intensão transversalizante, ou seja, ideia e ações que “amarassem” o Sistema Único sob uma mesma rede – a rede HumanizaSUS. O Manual do PNH (Brasil, 2003) apresenta as seguintes questões como situação problema:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementariedade entre a rede a básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores,

trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;

Com estes pontos, temos a identificação oficial do problema básico de que os atores-chave do processo de saúde ligado ao SUS estão sobre determinados em suas experiências como trabalhadores e usuários.

4 PERCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES: HUMANIZAÇÃO VIVIDA E PENSADA

4.1 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Os dados produzidos resultam da interlocução bibliográfica com as narrativas dos entrevistados. A leitura sociológica dos trabalhos empíricos foram ricos em heterogeneidade: procurei identificar a racionalização em seus usos estratégicos, ou seja, em suas referências a símbolos, teorias e metáforas. As estratégias montadas pelos agentes refletem limites e circunstâncias de práticas para se pensar a política de humanização.

Pessoalmente, o contato com o Comitê Catarina, núcleo ampliado de pesquisa em humanização sediado em Florianópolis/SC, propiciou contato com pessoas ligadas à gestão e produção de sentidos dentro da PNH. Acompanhei, espaçadamente, algumas reuniões, não sendo, contudo, o foco deste trabalho a análise desse cotidiano, os encontros inferem decisivamente na metodologia pelas contribuições na formulação dos índices de análise. A saber, a produção de autonomia individual e coletiva pelo tratamento do discurso, significando neste caso as discussões metodológicas dos sujeitos – em um constante posicionamento crítico frente às ferramentas disponíveis.

A escolha dos entrevistados partiu do caminho metodológico, uma vez inseparável do pesquisador, reivindica os próprios passos, cujas *afinidades eletivas* são de duplo caráter – por um lado, o interesse acadêmico na temática e por outro, a natureza empática da *compreensão mútua*.

Os locais no qual realizamos a pesquisa abrangem a cidade de São Paulo, por ser núcleo pioneiro na composição de uma rede de comunicação em humanização – pilar da PNH. Nessa cidade, no ano de 2009, tive contato com vários gestores em saúde que trabalham com a temática.

Entre eles, aquela que viria a ser, anos mais tarde, minha entrevistada. Eu conheci minha entrevistada em uma oficina sobre Grupo de Trabalho em Humanização (GTH). A PNH, como já referida, foca-se nesse dispositivo. Sua atuação na Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo tornou possível a criação, em cada município, de uma complexa rede de trabalho em humanização, norteadas pelos princípios da PNH.

Meus dois entrevistados possuem biografias de trabalho com saúde mental. Minha primeira entrevista ocorreu em São Paulo no ano de 2012. No ano de 2009

Meu segundo parceiro de diálogo é psicólogo e membro do Comitê Catarina. A atuação profissional na tragédia de Santa Maria, ocorrida em 27 de janeiro de 2013, é mais um dos revezes que ainda se desenrolam sobre um evento que ultrapassa significações corriqueiras. Essa tragédia trouxe um profundo sentimento coletivo de solidariedade – visto pela atuação dos voluntários imediatamente no epílogo do acontecimento. Assim como abriu possibilidades interpretativas sobre as condições de humanização frente a um contexto extra-cotidiano na produção de saúde. Meu entrevistado já estava na manhã do dia 27 de janeiro em Santa Maria e participou da organização conjunta dos trabalhos. Ainda assim, sua experiência como consultor PNH estende-se para questões reflexivas em sua epistemologia e axiológica em sua produção. Nosso diálogo se deu em maio de 2013, momento em que retornava dos trabalhos de montagem da rede de humanização naquele município.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Mantive contato posterior com os entrevistados que muito me ajudaram a me familiarizar na área da saúde. Além de tudo, sua atuação e representação da PNH influíram na reescrita da dimensão teórica do trabalho.

O processo analítico segue os passos de pensar o discurso como interação social. De acordo com Teun A. van Dijk (2000), *las personas llevan a cabo acciones de índole política o social cuando utilizan textos o hablan*. Dessa

forma, reafirma-se o caráter político das falas como expressões de objetivos compartilhados.

Del mismo modo, también el orden de palabras, el estilo y la coherencia, entre muchas otras propiedades del discurso, pueden describirse no sólo como estructuras abstractas, como se hace en lingüística, sino también en términos de las *realizaciones* estratégicas de los usuarios del lenguaje en acción: por ejemplo, los hablantes y escritores están permanentemente ocupados en *hacer* que sus discursos sean coherentes. Lo que es válido en lo referente a las estructuras del discurso lo es también para su procesamiento mental y para las representaciones requeridas en la producción y la comprensión: la cognición tiene una dimensión social que se adquiere, utiliza y modifica en la interacción verbal y en otras formas de interacción (A. van Dijk, 2002, p.22).

Em nosso contexto de análise, reconhecemos que as estratégias de coerência partem da posição social que os atores ocupam em seu campo profissional. Como exposto no pensamento de Merleau-Ponty (cf nota 42), não é possível um discurso ausente de sujeito e essa impossibilidade remete ao caráter reflexivo dos discursos, a implicação de falar e de pensar sobre o que falamos. Essa reflexibilidade discursiva constrói e exhibe os papéis sociais dos falantes na sua trajetória dentro da PNH.

Um índice para compreendermos os papéis sociais que o discurso tece está na atenção à *hierarquia de funções da fala* – quando surgem espaços de diálogo, eles atendem funções evidenciadas em seu momento performático. A

performance do discurso atende a um roteiro não formulado previamente pelo pesquisador, mas produzido pela interação das partes que se lançam ao diálogo.

Essa interação tem de levar em conta o conceito de *habitus*. Para Bourdieu (1989), o intermédio entre as estruturas objetivas, as estratégias e as representações individuais está atrelado à trajetória biográfica e às regras da arte (ou sistema de disposições) dentro de um determinado campo social. Assim, de forma consciente e inconsciente, os sujeitos compreendem a eficácia simbólica graças ao processo estruturado (legitimidade prévia do campo) e estruturante (construção, reconstrução e reificação da legitimidade do campo e do sujeito). Assim, a reflexividade discursiva perfaz as disputas simbólicas pela hegemonia no regime de signos de um determinado campo de saber.

4.2 A HUMANIZAÇÃO COMO EXPERIÊNCIA VIVIDA: VOZ E EMPODERAMENTO

Resposta à despersonalização operada pela lógica iatrogênica é o resgate e reinterpretação de valores e símbolos humanísticos – subjetividade (o Ego inseparável da vivência) e contexto (condições de possibilidade), em outras palavras.

Quando pensamos *o campo social da saúde*, o momento do parto é estágio limítrofe entre o poder do *gênero humano* e o poder da coletividade – seja na solidão ou na multidão, assistida ou proibida de ser assistida, imóvel, sedada, filmada, registrada etc, a luta por direitos do paciente está na esteira do *direito ao corpo*, reivindicação originária do movimento feminista.

No ano 1986, Fortaleza/CE sedia a conferência da Organização Mundial de Saúde sobre o parto e os direitos reprodutivos, as normativas se dirigem à concepção de que as mulheres e não o sistema médico é que detém o direito sobre si e sua reprodução.

No Brasil, a lei nº 11 108 de 7 de abril de 2005 garante “às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Na reflexão de Tornquist (2004), a humanização ainda se realizava em termos meramente diplomáticos e enunciativos. Eram políticas “*apenas recomendadas* pela OMS e *incentivadas* pelo Ministério da Saúde”. Em busca das *experiências ganhas*, a autora estudou uma rede de assistência ao parto humanizado, na qual antes de prerrogativas oficiais o mais importante estava na construção de novas redes de solidariedade, em um processo que substitui submissão à normativas exógenas para resoluções endógenas, mas, não estando alheio à tecnologia e aos reveses:

Aqui, dentro de uma celebração do parto, temos uma concepção de empoderamento das mulheres: elas passam, a partir do Parto Humanizado, de uma posição passiva e doentia, da idéia de submissão e de subserviência às demandas hospitalares, a outra posição, mais autônoma e mais independente. Mas cabe destacar, no que diz respeito ao modelo tradicional, que há mudanças no sentido do empoderamento; no entanto, se compararmos a realidade dos partos domiciliares alternativos, ou, mais ainda, os partos feitos pelas parteiras das antigas, pode-se perceber o quanto a autonomia dentro da clínica médica é relativa e o quanto a humanização garante liberdade àquelas mulheres que compartilham dos mesmos ideais. Mas, mesmo entre estas, não é raro depararmos com frustrações e sentimentos de fracasso: são os casos das mulheres alternativas que, tendo seguido todas as lições da humanização, defrontam-se com cesáreas impensáveis, depressões pós-parto, problemas na amamentação e outros tantos imprevistos. O parto, mesmo aquele planejado com antecedência pela família, não deixa de ser, como todo evento humano, um acontecimento sobre o qual não se têm garantias absolutas (TORNQUIST.)

A autonomia de coletivos é um tema-chave na metodologia da PNH. Quando ocorre sua interdição parcial manifestam-se os elementos *iatrogênicos* (“cesárias

impensáveis”) levando a sentidos contraditórios aos intentos enunciados e defendidos pelas instituições – o paradoxo da autoridade de Hezlit; o controle do contexto de Goffman e Giddens. A fala de Artémis, minha primeira entrevistada, introduz o problema ético que todo evento de *cuidado humano* suscita:

Porque a atenção tem uma dimensão técnica, que na verdade desta, todo mundo dá conta, recebe ali e faz, não é? Tem um checklist de coisas que tem fazer: você vai e faz, mas não está no checklist a dimensão afetiva do cuidado, não está no checklist a sua disponibilidade interna de estar com o outro, não está no checklist o seu esforço de compreender o outro, de se comunicar com o outro, de estar próximo do outro, de suportar o sofrimento do outro e, de alguma forma, oferecer ao outro não o resultado do procedimento, mas um alívio de natureza existencial, humano (ARTEMIS).

O termo anglófono *checklist* traduz-se em língua portuguesa por *roteiro de conduta* – artificialmente separado da experiência disponível, uma vez impessoal (*todo mundo faz*), a natureza tecnológica da dietética afetiva do cotidiano institucional posiciona o sentimento como *bias*, o indutor de desvio, “*mas não está no checklist a dimensão afetiva do cuidado*”. A negação dos afetos é um neurótico processo de racionalização operado pelo cotidiano institucional moderno – a “fuga da dor” tornou-se uma pré-condição de existência

em sociedade, negação da angústia do mundo, tão humana quanto o alívio existencial¹² são consequências e pré-condições da produção de subjetividades na modernidade¹³.

No começo do ano de 2013, uma casa noturna em Santa Maria/RS incendiou-se resultando na morte por asfixia de mais de duas centenas de pessoas, em sua maioria, jovens universitários. O “incêndio da boate Kiss”, como foi batizado pela mídia, ultrapassou a capacidade de relato de uma experiência unívoca, tamanha amplitude e impacto na memória coletiva nacional e internacional. Meu segundo entrevistado, membro e consultor da PNH, atesta que a própria capacidade de organização dos serviços de atendimento municipais naquele momento estava fragilizada

(...) o município; naquele primeiro momento era muito frágil, não tinha nem pessoas pra poder contar..dava pra contar numa mão assim, pessoas do município que estavam envolvidas (APOLO).

Assim como o parto, o processo de luto é limítrofe entre o aspecto coletivo e cada um dos lutos individuais, sendo que os trabalhos de cruzamento (de informações e de

¹²Milan Kundera (1999), romancista tcheco radicado em Paris, escreveu *na Insustentável leveza do ser*, cujo protagonista é um médico proscrito, que a vida é como um palco que se atua sem ensaio – o roteiro está em constante reescrita

¹³Em sua visão fenomenológica da impossibilidade do impessoal em sentido filosófico, Merleau-Ponty (2006, p.466) questiona “como uma ação ou um pensamento humano poderiam ser apreendidos no modo de ‘se’, já que, por princípio, elas são operações em primeira pessoa, inseparáveis de um Eu?”

ações) ainda não estavam organizados em um primeiro momento quando

a gente foi nessa reunião na segunda de manhã com os médicos sem fronteiras, com 2 meninas dos médicos sem fronteiras que estavam lá. Elas foram no espaço do CRP [Conselho Regional de Psicologia] e eu entendo que eles conseguiram dar uma dimensão de gestão daquele processo de trabalho pra gente, foi fundamental. Depois, com o passar do tempo foi isso mudando. Mas naquele primeiro momento eles organizaram, deram a ideia de organização e cada um constituiu seu serviço (APOLO).

Característica fundamental de qualquer ação humanizadora, a preocupação com o processo de trabalho não veio de um ideário, mas de experiências concretas e compartilhadas, transmitidas em espaço institucionalizado. Ao mesmo tempo, a rotina criada nesses espaços em sua inerente organização vertical apaga e silencia experiências em nome do controle técnico, pois

(...), fundamental nesses dois primeiros meses foram os voluntários, os voluntários seguraram muita, muita peteca, tanto que depois teve um arranjo de gestão para contratação de profissionais, um contrato emergencial de um ano, já entraram, inclusive. Esses profissionais entraram com gabarito técnico, mestrado, especialização, mas eles não tinham a vivência e a experimentação em relação ao que foi, tanto quanto os voluntários que

estavam lá, e os voluntários muitos não entraram na seleção por conta desses critérios acadêmicos, o que foi uma lastima (...) (APOLO)

4.3 E SE FOSSE SUA MÃE?

Os trabalhadores da saúde de um modo geral e principalmente diante de casos mais graves, difíceis, (...) reagem erguendo barreiras ao contato. Porque é isso: ele vai estar todo dia trabalhando isso. ele ergue barreiras. ele ergue uma barreira afetiva. e pra eu não ver o sofrimento do outro, eu tenho que desumanizar o outro, eu não posso entender o outro como ser humano. porque se eu olho pro outro como ser humano. eu não tenho como não me identificar com ele, porque eu sou um ser humano. eu não tenho como não criar com ele algum tipo de empatia ou algum tipo de até horror, já pensou o que acontece comigo o que aconteceu com fulano: já pensou se acontece com meu filho, se acontece com a minha mãe? (ARTÉMIS)

Quando estive no hospital acompanhando minha mãe que na época estava em estágio avançado de câncer de mama, lembro dela pedir ao enfermeiro para que lhe facilitasse urinar com uma sonda. O enfermeiro alegou que não havia nenhuma prescrição do médico. Após uma série de “não posso fazer nada”, minha mãe diz ao enfermeiro: “espero que você nunca esteja no meu lugar”.

As relações entre o humano e o institucionalizado são incongruentes quando pensamos na disparidade de quem formula e de quem obedece ao regulamento. Nas inúmeras outras disjunções e aparentes incoerências se encontra um dos lugares de atuação da política de humanização: uma vez em desenvolvimento, os diferentes níveis hierárquicos dialogam. No entanto, nada garante que a abertura ao diálogo vá resolver os problemas aos quais se propõem, uma

vez a resolutividade não sera meta final da PNH. A solução de problemas é apenas mais um dos passos que a humanização toma em sua operatividade. A situação que ensejou seu nascimento não é a mesma criada pela sua introdução. A capilaridade é um dos conceitos de difusão das propostas e das ações em humanização – isto diz respeito primeiramente à capacidade de um líquido preencher espaços vazios muito estreitos, inclusive vencendo forças contrárias como a da gravidade. Em sentido mais específico,

*então você está falando de
humanização quando você está
pensando em respeito, em
valorização da subjetividade,
respeito à autonomia, respeito
à participação, à
responsabilidade, à
colaboração / cooperação,
construção de redes
colaborativas, trabalho em
equipe, planejamento conjunto
das ações e aí é gestão nas
ações de trabalho,
planejamento conjunto do
trabalho (ARTEMIS).*

O planejamento conjunto do trabalho redimensiona o poder dentro das instituições quando pensamos na ótica administrativa da PNH– seu caráter formal leva em consideração novos espaços e atores. Essa proposta mostra de início uma capacidade de operar elementos em ambientes “saturados de hierarquia”. A posição dos gestores em humanização como agentes de mudança se dá pela sua novidade, mas também pela sua capacidade de *conversão*: sensibilizar e motivar outros profissionais para os princípios e práticas da PNH. Partilha-se a história institucional, contam-se histórias pessoais.

4.4 BUROCRACIA CARISMÁTICA: PAPÉIS HUMANIZADOS

A estruturação do campo dos atores da PNH segue um modelo hierárquico –reconhecimento do organograma institucionalizado e uma outra legitimidade conquistada pelo trabalho com a temática.

O trabalho com lideranças é uma das características que mais chamou a atenção durante a entrevista com Artémis. O líder espontâneo – atraindo para si carisma e legitimidade, torna-se peça-chave na estratégia específica da política à nível estadual.

O desenvolvimento de lideranças espontâneas dentro dos preceitos da humanização é outro item de destaque. A estratégia de desenvolvimento da PNH prevê a inclusão de personalidades carismáticas dentro de seu quadro administrativo. Assim, o objetivo é aproximar alguém com reconhecida capacidade de liderança e desenvolvê-la dentro dos princípios e método da humanização. Esse treinamento

atualmente é pra quem vai estar exercendo a liderança tanto com cargo oficial quanto a liderança espontânea porque a gente planejou os dois tipos aí e às vezes essa liderança espontânea é a mais importante (...) pra desenvolver, pra ele se inteirar dos princípios da humanização, os valores, o método, que pra gente sempre é o método da construção, de consenso tem que ouvir todo mundo que tá envolvido no problema e a partir daí a gente tomar uma decisão ou

*mesmo quando uma decisão
ela não pode ser
consensuada, que nem tudo
no dia a dia pode ser
consensuado, mas sempre
pode ser dialogada*
(ARTEMIS)

A diferença entre consenso e diálogo está entre meios e fins. O objetivo não é exatamente o consenso sobre todas as decisões – afinal, o cotidiano exige decisões burocráticas que escapam à própria autonomia dos agentes. A estratégia adotada mostra o mecanismo de ampliação da legitimidade da política ao converter a solidariedade intergrupar em compromisso participativo.

4.5 UM PRESENTE QUE CAI DO CÉU?

(...) montei a estratégia de construção da rede HUMANIZA, então cheguei pro superintendente e falei pra ele, "pra esse monstro aqui a gente não pode ter um comitê de humanização, a gente tem que ter vários grupos e grupos assim, bem estruturados etc. e tal, trabalhando todo sincronicamente numa rede colaborativa, se não for assim não vai rolar humanização"
(ARTEMIS)

O projeto de humanização se perfaz na esteira do poder estabelecido – de sua articulação no âmbito do SUS, apresenta-se com grupos de trabalho, núcleos de pesquisa, centro de formação e capacitação para profissionais, eventos locais e nacionais. A organização da Política Nacional de Humanização trouxe a possibilidade de criação de agentes e órgãos cuja problemática se desdobra em reivindicações difusas e muitas vezes ainda abafadas.

Ao lançamento do PNHAH, um programa que pensava na assistência hospitalar, leituras e releituras vão compondo o novo desenho pela gestão seguinte e transformado um Comitê Técnico em Política Nacional, seguida por outras instâncias governamentais que começaram a preconizar preceitos e práticas da PNH,

A formação das estratégias de gestão humanizada leva em conta a situação institucional. Dentro desse quadro, encontramos o planejamento a partir da formação de um quadro técnico, compreendendo a necessidade de capilaridade da humanização. Ela entra dessa forma pelas

veias abertas da instituição, na sensibilização das instâncias superiores em primeiro lugar.

Advindo desse quadro, podemos afirmar que a humanização possui um caráter suplementar à gestão. Ou seja, aumenta o ângulo de perspectivas nas relações interpessoais e com os objetos.

4.6 HUMANIZAÇÃO COMO PROFISSÃO

“(...) a gente fazia comitê de humanização e cada dia vinha um, ficava um tempo saía e depois ficava outro; mas foi interessante o que aconteceu lá, que eu acho tá acontecendo aqui, talvez isso esteja acontecendo em outros lugares, é que eu estou falando da minha experiência, mas talvez a tendência seja essa o que eu vou lhe dizer: eu acho que o que acontece é que você sempre começa com um grupo grande, pessoas que vão se perdendo e fica um grupinho, e esse grupinho ele é persistente, ele é insistente, ele é chato, ele não desiste, tá ali o tempo todo. e ele acaba sendo o verdadeiro núcleo de humanização (...)”
(ARTEMIS)

O que vemos aqui é uma relação entre o caráter técnico da humanização, como visto no subitem anterior, e uma questão que o caráter cronológico das atividades proporcionou: a formação de um *núcleo duro de humanização*. Há um reforço ao conceito de *habitus* aqui, pois as atividades “persistentes e insistentes” desenham a construção do discurso de legitimidade (“o verdadeiro núcleo de humanização”) dentro do campo simbólico da PNH.

Como já referido, a construção de legitimidade em humanização atua em um processo reverso ao da rigidez hierárquica, desta forma, uma “humanização imposta”

carece de qualquer sentido quando Artémis esclarece a dimensão entre uma gestão que “cobra” humanização dos setores subalternos e uma gestão humanizada

*Eles[os setor de ortopedia] trabalham dentro de uma perspectiva de uma rigidez hierárquica tão grande que a humanização é assim: o gestor dá ordens para que o atendimento seja humanizado, ele dá uma ordem, tem que ser humanizado (risos). E aí fica essa situação paradoxal: no atendimento: tem que ser a dimensão do diálogo, do acolhimento, da disponibilidade, da construção conjunta de plano terapêutico (...). Mas na gestão isso não acontece (...) [e] se ela não consegue desenvolver o que é pro outro desenvolver, (...) não tem legitimidade. **Essa que é a questão, não tem legitimidade.** Então vira uma simples retórica. "tá bom vamos fazer?" Mas não faz nada. A gente faz de conta e continua tudo do mesmo jeito (ARTEMIS)*

A transformação de uma retórica de humanização para uma humanização legítima envolve o caráter performático dos sujeitos envolvidos sem suas múltiplas dimensões. Apolo esclarece esse intuito ao vislumbrar um objetivo que para mim tornou-se basilar:

*Acho que ela [a
humanização] entra aí assim.
Ela é um dispositivo potente e
que ao mesmo tempo eu
entendo que ela é pra se
extinguir, ela existe pra
acabar (APOLO)*

O acabamento da humanização segue os degraus de um andaime, não porque “acabaram-se os humanos”, mas porque os humanos deixam de se acabar. A experiência construída visa desaparecer como tal ao legitimar-se em “consenso de área”.

O desaparecimento do dispositivo, contudo, não anula o desenvolvimento de forças geradas pela institucionalização do processo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste trabalho fica claro o itinerário da Política Nacional de Humanização de uma ferramenta de gestão para uma cultura institucional. A ideia, restrita aos hospitais em seu início, ampliou o “universo SUS” contextual e objetivamente.

As ações e estratégias dos gestores em PNH foram analisadas com bases em documentos oficiais, aos quais os atores se remetem, assim como perspectivas conceituais de diversos campos – filosofia, antropologia, sociologia, saúde mental, administração em saúde pública e em saúde coletiva, psicologia e psicanálise. A hierarquia de ações nos discursos remete-se à autonomia dos coletivos organizacionais como princípio para a Política Nacional de Humanização. Assim, a postura conceitual do trabalho humanizado produz discursos de inclusão, capacidade de captura do dispositivo – aumentando sua legitimidade por novos campos de saber.

As falas dos entrevistados remetem à PNH nas instituições priorizando um discurso de autonomia dos coletivos em saúde (grupos de trabalhos e comitês). Essa autonomia, sempre relativa em um contexto hierárquico, está vinculada às posições que cada agente ligado à PNH ocupa em seu respectivo campo de domínio.

O desafio está em cada vez mais conciliar as ações locais e as estratégias nacionais. As estratégias retóricas buscam o reforço à identificação ao invés do combate ao estranhamento. As ações práticas em humanização geram contexto (condição de identificação discursiva) na medida em que sua continuidade reforça a semântica política dos coletivos de trabalho humanizados, no sentido de que fala a PNH.

O combate ao autoritarismo em saúde pela perspectiva dessa política remete à noção de *legitimidade em saúde* – meta dos coletivos na autonomia de suas ações. Esta possibilidade aumenta a cada novo campo de decisões aberto pela prática desses trabalhadores – o planejamento

conjunto das ações em saúde. No entanto, a hierarquia na qual as práticas humanizadas ainda estão inseridas mostra-se como um dos principais desafios a serem enfrentados – a democracia patina nas divisões burocráticas das altas chefias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGANBEM, Giorgio. **O que é um dispositivo?**
Tradução de Nilcéia Valdati Florianópolis, 2005.
(Conferência).

BACON, Francis. **Novum organum ou
verdadeiras indicações acerca da interpretação
da natureza** : Nova Atlântida. 2. ed. São Paulo:
Abril Cultural, 1979. (Os pensadores).

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa:
Difel, 1989

BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005.
Publicada no Diário Oficial da União em 7 de abril
de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova a Política
Nacional de Práticas Integrativas e
Complementares (PNPIC) no Sistema Único de
Saúde**. Portaria n.971, de 03 de maio de 2006.
Disponível em:
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPI
C.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPI C.pdf). Acesso em: 30 de novembro de 2012.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **Biomedicina,
Saber & Ciência: uma abordagem crítica**. São
Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CECCARELLI, Paulo Roberto. **A morte da
clínica?**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São
Paulo, v. 11, n. 1, Mar. 2008

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm. Acesso: 04 de julho de 2012.

DESCARTES, René. **Discurso do método**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

FERREIRA, Lucas Maciel. **À espera de uma cura: racionalização e humanização em um hospital público de Florianópolis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalho de conclusão de curso em Ciências Sociais. Florianópolis, 2010.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora da UNESP, 1991.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GONÇALVES, José Pedro Rodrigues. **A morte na Unidade de Terapia Intensiva: um estudo de caso**. [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC/CFH, 2007

GOOD, Byron J. *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GRISELDA LOPEZ, Daniela. *El problema de la subjetividad em la explicación sociológica: Una mirada a partir del debate Schutz-Parsons*.

rev.estud.soc., Bogotá,n.31,Dec.2008. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2008000300006&lng=en&nrm=iso.

Acessoem: 23 nov. 2012.

HABERMAS, Jürgen. The postnational constellation: political essays. Massachussets: MIT Press, 2001.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde; nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KOLAKOWSKI, Leszek. **A presença do mito**. Brasília: UnB, 1981

KUNDERA, Milan. A insustentável leveza do ser. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

LAWN, Jay E.; ROHDE, Jan; RIFKIN, Susan; WERE, Miriam; PAUL, Vinod K.; CHOPRA, Mickey. **Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize**. The Lancet, vol 372, 13 de Setembro 2008. Disponível em:

<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Alma-Ata-30-years.pdf>.

Acesso: 08 de agosto de 2012.pp. 917-27

NAGEL, Thomas. The possibility of altruism. Princeton: University Press, 1978

PARSONS, Talcott. The social system.Toronto: Collier Macmilla, 1965.

PINTO, Álvaro Vieira. O conceito de tecnologia.

Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

RIOS, Izabel Cristina. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea, 2009.

ROA BASTOS, Augusto. **Eu o supremo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

ROUANET, Sergio Paulo. **A razão cativa:** as ilusões da consciência: de Platão a Freud. São Paulo: Brasiliense, 1985.

SCAMBER, Graham. **Health and social change: a critical theory.** Philadelphia: Open University Press, 2002.

SILVEIRA, Simone da Gama. Trabalho e Saúde: um estudo de caso sobre o processo saúde-doença dos servidores de um hospital universitário. 2008. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-graduação em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, . Orientadora: Marcia Grisotti

STACY, Margaret. **The Sociology of Health and Healing: a textbook.** New York: Routledge, 1988.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da iatrogenia e Educação Médica. Rio de Janeiro: Rev. bras. edu. med, 2007.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e poder : o

movimento pela humanização do parto no Brasil. Florianópolis, SC, 2004. 1 v. Tese (Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.) - Universidade Federal de Santa Catarina,

WEBER, Max. Política e Ciência: duas vocações. São Paulo: Cultrix, 2013.

WHITE, Kevin. An Introduction of sociology of health and illness. Nova Iorque: SAGE, 2007

WHO, World Health Organization 1994.A Declaration of Patients Rights in Europe, European Consultation on the rights of patients. Amsterdam 28-30 Março de 1994.